

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

118

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Théodore LECOURT

Né à Saint-Céneré (Mayenne) le 27 août 1902
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPITHÉLIOMAS ADAMANTINS
DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Président : M. P. SEBILEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

alt

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Théodore LECOURT

Né à Saint-Cénére (Mayenne) le 27 août 1902

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉPITHÉLIOMAS ADAMANTINS

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Président : M. P. SEBILEAU, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

LES PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. . Pathologie médicale
BINET Physiologie.
BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BRULE Pathologie médicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
CHABROL . . . Pathologie médicale.
CHIRAY Pathologie médicale.
CLERC Pathologie médicale.
DEBRÉ Hygiène.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT . . Pathologie médicale.
DUVOIR . . . Médecine légale.
ÉCALLE Obstétrique.
FIESSINGER . Pathologie médicale.
GARNIER . . . Pathologie expérimentale
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER . . . Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER Urologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUTINEL . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
LHERMITTE . Pathologie mentale.
LIAN Pathologie médicale.
MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale
MERCIER (F.) Pharmacologie.
METZGER . . . Obstétrique.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
MULON Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PHILIBERT . . Bactériologie.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . Physiologie.
SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique
VELTER Ophtalmologie
VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
GUENIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie

MM.

RETTERRER . . Histologie.
ZIMMERN . . . Physique.
N Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Charge du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui me fit le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE RENNES

MM. LES DOCTEURS FOLLET, DAYOT,
LE MONIET, LE GALL LA SALLE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le DOCTEUR F. RAMOND, médecin de l'Hôpital
Saint-Antoine.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMARET, chirurgien de
l'Hôpital Ambroise-Paré.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARVIER, médecin de
l'Hôpital Beaujon.

M. LE DOCTEUR TOUPET, chirurgien de l'Hospice de
Bicêtre.

M. LE DOCTEUR HALPHEN, laryngologiste de l'Hô-
pital de la Pitié.

M. LE DOCTEUR HAUTANT, laryngologiste de l'Hôpi-
tal Tenon.

A MM. LES DOCTEURS MÉTIVET, BUNEAU, GRICOU-
ROFF, A, KLOTZ.

A M. LE DOCTEUR M. AUBRY
Assistant de laryngologie des Hôpitaux

*En témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR A. HAUTANT

Laryngologiste de l'Hôpital Tenon

*Qui m'a fourni les éléments
de ce travail et me fait bénéficier
chaque jour de son enseigne-
ment. En témoignage de respec-
tueuse reconnaissance.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ÉPITHÉLIOMAS ADAMANTINS
DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

INTRODUCTION

L'épithélioma adamantin siège habituellement au maxillaire inférieur.

Sa localisation au maxillaire supérieur est exceptionnelle. Notre maître, M. Hautant, en ayant cependant opéré deux cas dont il a bien voulu nous communiquer les observations, nous avons recherché les cas analogues qui avaient été publiés, pour en faire une étude d'ensemble.

Après avoir rappelé les caractères généraux de cette tumeur bien particulière, nous décrirons donc sa localisation au maxillaire supérieur, selon les observations recueillies.

L'ÉPITHÉLIOMA ADAMANTIN EN GÉNÉRAL

Longtemps confondu dans le groupe si varié des tumeurs des mâchoires, l'épithélioma adamantin fut individualisé en 1885 par Malassez, qui en définit la structure et l'origine.

Il est en effet classique depuis les travaux de cet auteur, et ceux de ses élèves Albarran et Chibret, de faire dériver l'épithélioma adamantin des ébauches dentaires.

LA FORMATION DE LA DENT.

Sans entrer ici dans des détails sur le développement des dents, il nous suffira de rappeler que ces organes se forment aux dépens d'une double ébauche épithéliale et conjonctive.

L'ébauche épithéliale, issue de la muqueuse gingivale de l'embryon, donne naissance à un certain nombre de bourgeons qui s'enfoncent dans le tissu conjonctif sous-jacent et vont se différencier jusqu'à former l'organe adamantin, producteur d'émail.

En même temps, le tissu conjonctif, opposé à chaque bourgeon épithélial, se condense et se dif-

férencie pour former le bulbe dentaire, d'où proviendront la pulpe, l'ivoire et le cément.

C'est la réunion de ces deux ébauches ecto et mésodermique qui constitue le follicule dentaire, origine des dents de première et de deuxième dentition.

Mais outre ces ébauches, il se forme un certain nombre de bourgeons épithéliaux qui devront disparaître ultérieurement. Or, cette disparition n'est pas toujours complète. Ces bourgeons peuvent persister chez l'adulte au niveau de la sertissure de la gencive et du ligament alvéolo-dentaire, sous forme d'amas cellulaires, que Malassez décrivit sous le nom de « débris épithéliaux paradentaires ».

Les cellules épithéliales qui les constituent et qui rappellent celles des ébauches dentaires appartiennent à un type très différencié : elles sont cubiques à la périphérie, polyédriques au centre, parfois même étoilées, s'unissant par leurs prolongements comme dans l'organe adamantin.

Or, cette structure histologique se retrouve dans certains néoplasmes des mâchoires (kystes et épithéliomas solides), et la plupart des auteurs s'accordent avec Malassez à reconnaître à ces tumeurs une origine dentaire ou paradentaire.

Il faut signaler cependant que pour certains auteurs, Krompecher et Lukomsky en particulier, l'épithélioma adamantin, tout au moins dans certains cas, puisse naître directement de la muqueuse buccale. Celle-ci aurait alors conservé la faculté qu'elle

avait à la période embryonnaire de produire les cellules très différenciées que nous retrouvons dans la tumeur. L'adamantinome serait alors un épithélioma baso-cellulaire à évolution particulière.

Il y a lieu d'ailleurs de noter à ce propos qu'on a décrit des adamantinomes en dehors des mâchoires, dans la région hypophysaire en particulier (Peet-Lichtenstein).

Fischer en signale même un cas développé dans le tibia.

.

Quant aux causes qui favorisent le développement de l'épithélioma adamantin, elles restent inconnues. On a bien incriminé la carie dentaire ; Delater et Bercher en particulier ont insisté sur le rôle favorisant de l'inflammation chronique dans la genèse de ces tumeurs. Mais c'est entrer là dans le domaine encore obscur des origines du cancer et déborder le cadre de la question qui nous occupe.

L'ÉPITHÉLIOMA ADAMANTIN AU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

SA RARETÉ

L'épithélioma adamantin est très rare aux maxillaire supérieur.

D'après Bump, cet os serait atteint quatre fois moins souvent que le maxillaire inférieur.

Dans la bibliographie, nous n'avons pu retrouver que 14 cas signalés au maxillaire supérieur. Parmi ceux-ci, trois nous sont restés inaccessibles : les cas de Eve (1883), Bock (1906), Weichselbaum (1919), cités in Porzelt.

Les autres, dont la liste suit, seront reproduits à la fin de cet ouvrage.

Observation I (personnelle). Félix F..., sexe masculin 61 ans, opéré par M. Hautant en 1928 (1).

Observations II (personnelle). Julia M..., sexe féminin, 29 ans, opérée par M. Hautant en 1925.

Observation III. Jeannine S... (2) sexe féminin, 63 ans, opérée par M. Levesque, 1928.

Observation IV, cas de Lukomsky, 1925 Sexe et âge inconnus.

Observation V, cas de Esch, 1924. Sexe masculin, 62 ans.

1 et 2. Les observations de ces malades ont déjà fait l'objet de présentations à la Société de Laryngologie, en décembre 1928.

Observation VI, cas de Ipsen, 1914. Enfant de 4 mois, sexe inconnu.

Observation VII, cas de Stümpf, 1910. Sexe féminin, 46 ans.

Observation VIII, cas de Blümm, 1901. Sexe masculin, 61 ans.

Observation IX, cas de Frech, 1899. Sexe masculin, 36 ans.

Observation X, cas de Hammer, 1895. Sexe et âge inconnus.

Observation XI, cas de Albarran, 1887. Sexe masculin, 63 ans.

Observation XII, cas de Jacques (cités in Sordollet). Sexe et âge inconnus.

En considérant cette statistique on peut remarquer que sur 9 malades dont l'âge nous est connu, 5 ont dépassé 60 ans (obs. n° I, III, V, VIII, XI), 3 sont âgés de 29 à 46 ans (obs. n° II, VII, IX) ; il y avait en outre un enfant de 4 mois (obs. n° VI).

On ne saurait cependant en déduire que, contrairement à ce qui s'observe au maxillaire inférieur, l'épithélioma adamantin du maxillaire supérieur frappe surtout après la soixantaine : chez ces malades en effet, la tumeur évoluait depuis de longues années au moment de l'examen (depuis 16 ans, obs. VIII, depuis l'âge de 25 ans, obs. n° XI).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le néoplasme se développe au niveau de l'apophyse alvéolaire, dans la région des grosses molaires en général (sur la racine de la dent de sagesse obs. n° I, au niveau de la 1^{re} et de la 2^e molaire, obs. n° II, à la place de la 2^e molaire qui manquait obs. n° IX).

D'abord central et nettement intra-osseux, l'épithélioma écarte peu à peu les 2 tables du maxillaire qui lui forme une coque ; l'os est comme « soufflé ». Puis la tumeur soulève et distend la gencive ; constamment elle envahit le sinus maxillaire, mais elle n'adhère jamais à ses parois.

A la longue elle peut acquérir le volume d'une mandarine (obs. n° IX), déformant la joue, envahissant l'ethmoïde à travers le méat moyen, dans certains cas le plancher de l'orbite, et parfois même la cavité crânienne (Bump).

A la coupe la tumeur est formée d'une masse tantôt ferme, blanchâtre, d'aspect fibreux, tantôt au contraire, mollassse, d'aspect rosé, presque gélatineux.

Assez souvent, des travées osseuses parcourent le néoplasme.

Presque toujours, on trouve au sein du tissu solide de petites cavités kystiques montrant la parenté d'origine de ces tumeurs avec les kystes multiloculaires. Le cas rapporté par Albarran (obs. XI) signale même que l'épithélioma adamantin survint comme récédive ultime d'un kyste plusieurs fois incisé et récédivé.

A l'examen microscopique, la coupe de l'épithélioma adamantin rappelle le dessin général des épithéliomas épidermiques (P. Masson).

La tumeur est formée de travées cylindroïdes ou rentlées en lobes à contours festonnés, comprises dans un stroma fibreux plus ou moins dense, mais séparées de lui par une lame comparable à une basale.

Les cellules épithéliales qui bordent cette lame sont hautes, prismatiques, disposées en palissade régulière.

Les cellules de l'intérieur des travées, ont l'allure d'éléments malpighiens, mais elles sont moins serrées les unes contre les autres et des ponts protoplasmiques les réunissent entre elles leur donnant un aspect étoilé caractéristique.

Entre ces ponts intercellulaires se creusent des lacunes irrégulières remplies d'un liquide albumineux faiblement chargé de mucus, et d'autant plus étendues qu'elles se rapprochent davantage du centre de la travée.

Cet aspect spécial des boyaux cellulaires formés à la périphérie d'une couche régulière de cellules

cylindriques; au centre d'un tissu réticulé analogue au tissu conjonctif muqueux, rappelle de tous points celui de l'organe adamantin :

Les cellules centrales, étoilées, sont analogues à celles de la gelée d'émail, les cellules périphériques rappellent les adamantoblastes.

Le plus souvent cependant l'image ne reste pas aussi typique, du fait des modifications que peuvent présenter les cellules centrales des travées :

Ou bien elles subissent une évolution épidermoïde qui peut aboutir à la formation de globes cornés et qui rappelle l'origine épidermique de la tumeur.

Ou bien le processus lacunaire s'accroissant, les ponts protoplasmiques sont rompus et les lacunes intercellulaires confluent en kystes plus ou moins volumineux.

Ces différents aspects sont visibles dans les coupes ci-dessous reproduites des observations personnelles nos 1 et 2.

M. F. (Obs. I, personnelle). (V. planches 1 et 2.)

Examen histologique pratiqué à l'Institut du Radium de l'Université de Paris.

« La tumeur est formée de travées cordinales, souvent renflées en lobules, ramifiées ou à contour festonné. Ces travées sont contiguës ou séparées par du tissu conjonctif fibrocellulaire, mais toujours elles sont bordées par une basale bien individualisée.

L'assise périphérique de chaque cordon néoplasique est formée de cellules hautes, prismatiques, disposées en palissade régulière.

L'intérieur des cordons présente deux aspects différents liés aux modes d'évolution différents des cellules tumorales. Les unes, d'allure malpighienne, s'ordonnent en formations arrondies rappelant les globes épidermiques, sans toutefois atteindre la kératinisation. Les autres sont disposées en un réseau comparable à celui du tissu conjonctif muqueux : les éléments sont étoilés et lâchement unis par des ponts protoplasmiques ; les lacunes qui les séparent contiennent un produit de sécrétion faiblement chargé de mucus. En certains points, les ponts intercellulaires se résorbent et les lacunes fusionnent, formant des sortes de microkystes.

L'activité caryocinétique est faible. Les cellules présentent une grande régularité et nulle part on ne trouve de formes monstrueuses. » (M. Gricouroff.)

Mme M... Julia (obs. II, pers.) (V. planches 3 et 4).

Examen histologique, pratiqué à l'Institut de Radium de l'Université de Paris.

« Tumeur épithéliale formée d'amas à contours découpés et festonnés et de travées cordinales ramifiées et anastomosées. Chacune de ces formations est limitée par une assise de cellules hautes disposées en palissade et séparées du tissu conjonctif par une basale nette. Les travées les plus grêles sont réduites à l'assise en palissade. L'intérieur des travées plus

épaisses et des amas est constitué par des cellules étoilées, lâchement unies entre elles par des prolongements effilés et formant un véritable réseau dans les mailles duquel se trouve une substance hyaline d'aspect mucoïde. Cette substance peut être très abondante et détermine alors la rupture du réseau et la formation de lacunes micro-kystiques.

En certains points les cellules tumorales sont plus serrées les unes contre les autres et présentent une évolution épidermoïde manifeste et l'on trouve même un certain nombre de globes épidermiques. Les mitoses sont exceptionnelles. Le stroma conjonctif souvent lâche et mucoïde s'adapte à l'architecture compliquée des formations épithéliales, s'intrique avec celles-ci et comble les lacunes comprises entre les travées épithéliales anastomosées. Ce tissu conjonctif forme ainsi, avec l'assise épithéliale qui le borde de toute part, une série de pseudo-kystes qui donnent à la tumeur un aspect ajouré très particulier. » (M. Gricouroff.)

Il faut savoir que parfois (observ. VIII et IX la couche palissadique peut être par endroit remplacée par un épithélium pavimenteux stratifié.

Dans certains cas, enfin, les cellules tumorales ne sont pas aussi différenciées : les amas épithéliaux ne rappellent plus l'organe adamantin dans sa portion active, productrice d'émail, mais la lame épithéliale ou le cordon folliculaire qui l'ont précédé. Ils sont alors constitués de cellules polyédriques d'al-

lure malpighienne, groupées en amas entourés ou non de cellules cylindriques (obs. XII).

Quoi qu'il en soit ces cellules épithéliales présentent toujours une activité caryokinétique faible; elles restent nettement séparées du tissu conjonctif ambiant qui s'adapte à leur architecture plus ou moins compliquée. Ce stroma conjonctif est tantôt lâche et mucoïde, tantôt fibreux et assez dense. Il peut subir une évolution cylindromateuse (obs. III).

SYMPTOMATOLOGIE

Le développement de l'épithélioma adamantin est lent et insidieux.

Le malade n'accuse aucun trouble subjectif et la tuméfaction du rebord alvéolaire est en général le premier signe en date (Obs. pers. II, obs., III, IV, VIII, IX, X, XI). Elle apparaît dans la région des grosses molaires et va se développer soit en dehors vers le vestibule, soulevant le sillon maxillo-jugal et la fosse canine, soit en dedans au niveau de la voûte palatine.

La muqueuse qui recouvre la tumeur a conservé sa coloration normale ; elle est simplement distendue. Quelquefois cependant elle prend un aspect cyanotique, anormalement vascularisé (obs. IV), mais en aucun cas la gencive n'a été ulcérée par la tumeur. Elle ne saurait l'être (d'après Bercher et Vilenski) que lorsqu'une dent antagoniste détermine localement des traumatismes répétés.

Les dents correspondant à la tumeur font défaut le plus souvent. Parfois, il persiste quelques chicots, mais la plupart des observations que nous avons relevées manquent de détails à ce sujet et ne permettent pas une conclusion précise. Lukomsky

insiste sur le fait que l'adamantinome respecte en général les racines dentaires, ne déchausse pas les dents, contrairement aux épulis. Il en fait même un caractère distinctif.

Chez un de nos malades (obs. pers. II) on notait l'apparition de bourgeons charnus dans le fond d'une alvéole déshabitée.

Au palper, la tumeur fait corps avec le maxillaire. Elle est indolore, lisse, paraissant en général bien limitée. Sa consistance est variable suivant la période considérée : pendant longtemps on ne perçoit que la consistance de l'os qui lui forme une coque ; plus tard, cette coque amincie et dépressible au doigt donne la sensation dite parcheminée ; enfin tardivement quand la tumeur arrive au contact de la muqueuse gingivale, les bosselures devenues accessibles à la palpation sont en général fermes, rénitentes. Quelquefois il existe en certains points une fluctuation localisée qui témoigne de la présence d'une formation kystique (au niveau du rebord orbitaire par exemple, obs. IV).

L'exploration du sinus maxillaire à la diaphanoscopie et à la radiographie pourrait montrer que celui-ci est constamment envahi (Il l'était, au moment de l'intervention, dans toutes les observations qui présentent un compte rendu opératoire).

La radiographie peut même dans certains cas fournir des renseignements très intéressants : ainsi l'épreuve de l'obs. pers. 1 reproduite planche 5, montre les contours d'une tumeur bien délimitée qui

coiffe les racines d'une grosse molaire, occupe tout le sinus et même se prolonge à travers le méat moyen avec une masse opaque située dans l'ethmoïde.

Si, en présence d'une telle image on était tenté de porter le diagnostic de kyste du maxillaire ou de mucocèle du sinus, il suffirait de pratiquer une ponction qui en cas d'adamantinome resterait blanche on ne ramènerait que du sang (obs. V).

Dans certains cas (obs. pers. I, obs. III et IV), au moment de l'examen, la tumeur déborde déjà les limites du sinus maxillaire repoussant la paroi externe des fosses nasales et déterminant de l'obstruction respiratoire.

« La fosse nasale est complètement obstruée par une masse saignante, dure, soulevant l'aile du nez. » (obs. III). Parfois la rhinoscopie antérieure peut montrer la présence dans le méat moyen de polypes d'aspect spécial, formés d'une masse compacte (obs. II). Nous verrons même que dans plusieurs cas (obs. pers. I, V et VII) la symptomatologie consistait surtout en phénomènes d'obstruction nasale.

Tardivement enfin, la tumeur peut soulever la joue, envahir l'orbite et déterminer de l'exophtalmie (obs. III et IV).

Mais pendant toute cette évolution le néoplasme ne détermine ni douleurs vives, ni anesthésie dans le domaine du nerf sous-orbitaire. Dans un seul cas (obs. pers. II), il existait un point douloureux à l'émergence du nerf.

Presque toujours les seuls troubles fonctionnels observés sont tardifs et d'ordre mécanique : c'est par son développement que la tumeur gêne la mastication ou la respiration.

FORMES CLINIQUES

Nous avons surtout décrit jusqu'ici la forme la plus fréquente de l'épithélioma adamantin : celle qui se traduit d'abord par une tuméfaction de l'apophyse alvéolaire; et évolue vers la cavité buccale. Or, dans certains cas (obs. pers. II, obs. V et VII) l'adamantinome se manifeste d'abord par des signes à distance et revêt avant tout une symptomatologie nasale :

Le malade accuse des phénomènes d'obstruction nasale unilatérale. Ces troubles qui remontent en général à plusieurs années ont pu déjà nécessiter des polypotomies qui n'ont amené d'ailleurs qu'une amélioration passagère (obs. pers. I et obs. V).

Au reste, il n'existe ni douleurs spontanées, ni épistaxis. A l'examen rhinoscopique on peut noter du côté obstrué, d'une part le refoulement en dedans de la paroi externe des fosses nasales, d'autre part la présence de polypes au niveau du méat moyen ou de l'ethmoïde. Ces polypes auraient un aspect spécial, se présentant comme une masse compacte (obs. pers. I) ou comme de petits bourgeons fermes et blanchâtres (obs. VII)... L'examen histologique permettrait d'en préciser la nature exacte et de reconnaître la présence d'un adamantinome au niveau du méat moyen ou de l'ethmoïde.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de l'épithélioma adamantin est très lente, se chiffrant par années : 18 ans (obs. IV) et même 38 ans (obs. XI). L'accroissement de la tumeur peut rester longtemps stationnaire puis s'accélérer légèrement au bout de quelques années.

C'est seulement très tardivement, quand la tumeur a atteint un volume considérable qu'elle peut retentir sur l'état général par les troubles qu'elle apporte à la déglutition ou à la respiration.

Les ganglions ne sont jamais envahis. Les 3 ganglions sous-maxillaires signalés dans l'observ. III, étaient probablement de nature inflammatoire : ils ont disparu spontanément après l'ablation de la tumeur.

On n'a jamais observé de métastases dans les observations que nous avons recueillies. Mais des récidives locales peuvent survenir en cas d'extirpation incomplète : soit précocement (au bout de 15 jours, obs. VI), soit au bout de quelques mois (obs. pers. II), soit après plusieurs années (obs. VI).

« Il semble donc que ces adamantinomes qui sont des épithéliomas histologiques (au même titre d'ailleurs que certaines formations kystiques de l'ovaire)

ne sont pas des épithéliomas véritablement malins ; ils sont susceptibles de récidiver, mais ils récidivent localement sans donner de localisations ganglionnaires » (Santy).

DIAGNOSTIC

L'épithélioma adamantin se présente donc comme une tumeur du maxillaire supérieur à caractères particuliers : c'est un néoplasme à évolution très lente, qui ne détermine pas de douleurs, pas d'ulcération de la gencive ; il ne s'accompagne ni d'adénopathie secondaire, ni d'altération de l'état général. La radiographie peut montrer que ses limites sont nettes et faire présumer son point de départ dentaire.

Mais il faut savoir que pratiquement le diagnostic d'aminome ne se fait guère que par l'examen histologique.

Cliniquement, en effet, il risque d'être confondu avec les autres tumeurs du processus alvéolaire ou naso-sinusiennes.

Les kystes d'origine dentaire présentent pendant longtemps une symptomatologie analogue. C'est seulement à une période avancée qu'ils pourront se reconnaître par l'existence de fluctuation, et la constatation de liquide à la ponction ; d'ailleurs nous n'oublierons pas la fréquence des cavités kystiques plus ou moins étendues dans l'aminome solide et l'étroite parenté qui relie ces tumeurs aux kystes multiloculaires.

Certains cancers du maxillaire supérieur à évolution très lente pourront simuler l'épithélioma adamantin par l'absence d'adénopathie et l'intégrité de l'état général ; de même les cancers de la portion palatomandibulaire ou de l'infra-structure du maxillaire, avant qu'ils aient envahi la muqueuse.

D'autre part, les adamantinomes s'accompagnant de polypes compacts des fosses nasales, pourront présenter les plus grandes analogies cliniques avec les cancers de l'ethmoïde, ou de la superstructure du maxillaire.

Aussi devra-t-on toujours avoir recours à la biopsie pour trancher le diagnostic.

Là, comme dans toutes les tumeurs accessibles des autres régions, en dehors de contre-indication spéciale, elle devra être systématiquement pratiquée.

Et l'examen microscopique fait par un biologiste compétent sera toujours probant, étant donné l'aspect caractéristique de l'adamantinome.

TRAITEMENT

Il est difficile de porter des conclusions sur les résultats signalés dans les observations que nous avons recueillies, car la plupart d'entre elles manquent de précision concernant l'intervention faite ou les suites opératoires observées, exception faite cependant pour trois malades opérés assez récemment (l'un en 1925, obs. II les deux autres en 1928) (obs. I et III).

Le malade de l'obs. XI subit une résection du maxillaire et ne présenta pas de récurrence.

L'obs. X rapporte que l'on fit une résection large du maxillaire et que 10 ans plus tard il n'existait pas de récurrence.

Dans l'observation IX, on ne trouve aucun renseignement ni sur l'acte, ni sur les suites opératoires.

Le malade de l'obs. VIII subit une résection du maxillaire et succomba trois jours plus tard à une méningite.

L'obs. VII signale: « malade guéri sans incident » mais ne précise pas la nature de l'intervention.

L'enfant opéré à l'âge de quatre mois (obs. VI) présenta une récurrence locale au bout de 15 jours: c'est notre seul renseignement.

Mme S. (obs. 3) fut traitée comme pour une tumeur maligne du maxillaire. On la soumit d'abord à un traitement par la radiothérapie profonde (8.000 R. en 4 heures) puis on fit l'ablation de la tumeur (avril 1928).

En février 1929, il n'existait pas de traces de récurrence.

Mme M... (obs. II pers.), fut opérée en 1920 à New-York : on pratiqua l'ablation d'une tumeur occupant les alvéoles des 1^{re} et 2^e molaires supérieures gauches et un curettage du sinus maxillaire.

L'année suivante, en présence d'une récurrence locale, on essaye un traitement par l'électro-coagulation continué pendant 1 an et demi.

Enfin en avril 1925, M. Hautant pratique une résection du maxillaire suivie d'application de Radon, et la malade fait savoir en décembre 1928 qu'il n'y a pas de récurrence.

M. F. (obs. I pers.) subit une résection atypique du maxillaire supérieur le 7 novembre 1928.

Il ne présente pas de traces de récurrence en février 1929.

Dans l'ensemble, l'épithélioma adamantin du maxillaire supérieur peut être l'objet de trois méthodes thérapeutiques différentes : les agents physiques seuls, la chirurgie seule, la chirurgie associée à la curiethérapie.

Or, si l'on ne peut rien conclure de nos observa-

tions concernant la valeur de la roëntgenthérapie ou de la curiethérapie isolées dans le traitement des adamantinomes, il semble néanmoins que ces tumeurs soient radio résistantes (Bump).

La chirurgie seule, d'autre part, a donné de bons résultats (obs. I, VII et X). Mais étant donnée la bénignité relative de l'épithélioma adamantin, il semble inutile de pratiquer une résection étendue du maxillaire ; la résection totale en particulier sera rejetée comme une opération excessive et non en rapport avec la gravité du néoplasme.

Toutefois, en raison de la tendance de l'adamantinome aux récidives locales, il faudra pratiquer une exérèse complète de la tumeur. Outre son ablation, facilitée par l'existence de limites nettes, l'absence d'adhérence aux parois du sinus maxillaire, on pourra donc être amené à pratiquer une résection partielle de l'os au niveau des points suspects d'envahissement. Comme les tumeurs malignes des mâchoires, l'épithélioma adamantin nécessitera donc une exérèse complète, passant en tissu sain, conduite « à la demande des lésions ».

C'est ainsi qu'il faudra toujours réséquer la portion du rebord alvéolaire qui aura servi de point de départ au néoplasme.

Quant à la chirurgie associée à la curiethérapie, telle que la préconisent MM. Hautant et Monod dans le traitement du cancer du maxillaire supérieur, elle n'est pas indiquée dans le traitement de l'adamantinome en dehors des cas douteux. C'est ainsi qu'on

appliqua cette méthode à la malade de l'observation II, pers., parce qu'on remarqua au cours de l'opération que la face externe, ptérygo-maxillaire, du sinus, était suspecte d'envahissement cancéreux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

F... Félix, âgé de 61 ans. Malade opéré par M. Hautant le 7 novembre 1928, dans le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Tenon.

Le malade présentait depuis trois ans de l'obstruction nasale du côté droit, sans douleur, sans épistaxis et sans déformation nasale. De temps à autre, il faisait enlever quelques polypes ce qui apportait un soulagement momentané à sa gêne respiratoire.

Frappé par l'aspect anormal de ces polypes, formés d'une masse compacte et non d'un amas gélatineux, M. Hautant en fit pratiquer un examen histologique à l'Institut du Radium. Celui-ci montra qu'il s'agissait d'un épithélioma adamantin.

La présence d'un épithélioma adamantin étant assez inattendue au niveau du cornet moyen, d'autre part la nature épithéliomateuse des polypes étant mise en doute par la longue durée d'évolution, et l'absence d'extension de la tumeur, l'examen clinique du malade fut repris. Il ne montra aucun signe de tumeur proprement dite, ni de métastase ganglionnaire.

Extérieurement, il n'existait aucune déformation : pas de déformation osseuse du rebord orbitaire ; pas de troubles de

la sensibilité du nerf sous-orbitaire ; pas de déformation osseuse du massif facial, sauf cependant à la palpation un léger empâtement de la région temporo-malaire droite.

Le rebord alvéolaire n'était pas tuméfié, pourtant il existait un petit épaissement de la coupole palatine en regard de la 1^{re} molaire droite.

Au point de vue dentaire : quelques chicots, quelques dents en bon état, quelques avulsions ; mais pas d'anomalie visible de la dentition.

La rhinoscopie. — A gauche : ne montrait rien de spécial. A droite, elle révélait une obstruction totale par déviation de cloison et peut-être refoulement en dedans de la paroi externe.

Quelques polypes, rouges, saignant facilement achevaient l'obstruction. Ils semblaient provenir de la région du méat moyen.

La rhinoscopie postérieure montrait la choane droite prise par le prolongement de la tumeur qui ne faisait pas saillie dans le cavum.

La palpation ne révélait pas de ganglions sous-maxillaires ni carotidiens.

L'examen radiographique (voir planche) montrait l'extension dans le sinus maxillaire d'une tumeur à contours bien limités et venant coiffer les racines d'une grosse molaire supérieure droite. Cette tumeur se continuait à travers la paroi externe du méat moyen effondrée avec une ombre située dans l'ethmoïde.

Compte rendu opératoire : 7 novembre 1928.

Adam antinome se présentant cliniquement comme une tumeur de la fosse nasale droite.

Diagnostic fait par la biopsie.

Anesthésie locale : novocaïne à 1/200, 1 centigramme de morphine, 4 grammes de chloral.

Incision para-latéro-nasale, section de la lèvre supérieure ; résection atypique du maxillaire supérieur avec une partie du voile.

La tumeur rosée, de consistance demi-molle, d'aspect presque gélatineux, remplissait tout le sinus, sur la cavité duquel elle était moulée, mais sans contracter d'adhérence avec ses parois. Elle était implantée sur les racines de la dent de sagesse supérieure droite. Elle se continuait à travers le méat moyen avec la masse ethmoïdale d'aspect polypoïde, également libre dans le méat moyen.

Examen histologique. — Voir page 20.

OBSERVATION II (personnelle).

Mme Julia M..., 29 ans, malade opérée par M Hautant et traitée par le Radon (1) à l'Institut du Radium.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Rien de particulier.

Histoire de la maladie. — Début en 1920 par douleurs au niveau de la première molaire supérieure gauche. En mai 1920, opération pratiquée à l'hôpital San Lucas, de New-York : ablation d'une tumeur remplissant les alvéoles des première et deuxième molaires supérieures gauches et curetage du sinus maxillaire. Après l'opération la suppuration abondante et l'oblitération de l'ouverture du sinus nécessitent une ponction.

1. Radon : émanation de radium.

Au début de 1921 on constate la présence de bourgeons charnus sortant par l'orifice alvéolaire communiquant avec le sinus. Traitement par électro-coagulation continué pendant un an et demi.

Etat actuel (3 avril 1925). — Extérieurement, rien d'apparent. Une tumeur envahit la cavité du sinus maxillaire supérieur gauche et détermine une saillie au niveau du sillon maxillo-jugal, où le doigt perçoit une tuméfaction faisant corps avec le maxillaire et s'étendant tout le long du sillon. Légère douleur à la pression également au niveau de l'émergence du nerf sous-orbitaire. La tumeur fait saillie dans la cavité buccale par l'orifice alvéolaire sous la forme de bourgeons charnus sur lesquels une biopsie est pratiquée (1). Pas de douleurs spontanées. Pas d'adénopathie.

7 avril 1925. — *Opération et application de radon.* — Incision de la face jugale du sillon gingivo-labial gauche depuis la dent de sagesse jusqu'à la fosse nasale droite. Relèvement de la joue. Dans la fosse canine, tissu d'apparence cicatricielle recouvrant une perte de substance de la paroi antérieure du sinus maxillaire (probablement trépanation du sinus faite à New-York). Prélèvement de tissu cicatriciel pour examen. Dans le sinus, poche kystique remplissant la cavité sinurale, sans adhérence aux faces interne, supérieure ni postérieure. Face externe ptérygo-maxillaire suspecte. Large base d'implantation sur tout le plancher du sinus maxillaire. Résection partielle de la voûte palatine en passant en dehors de la première molaire. Ablation en masse de la tumeur qui paraît libre de toute

1. Voir examen histologique, p. 21.

adhérence sauf au niveau du canal alvéolaire fistulisé.

Pose de 9 tubes de radon (filtration : 1 mm. de Pt + Al + caoutchouc). L'irradiation porte surtout sur toute la fosse ptérygo-maxillaire et sur la peau.

11 avril 1925. — *Ablation des tubes de radon*.

Dose donnée du 7 au 11 avril (4 jours) : 20.34 mcd en 9 foyers.

Les suites opératoires sont bonnes. Douleurs vives et trismus serré au début.

octobre 1925. — La cicatrisation est complète.

Novembre 1925. — Pose d'un appareil de prothese.

Novembre 1926. — Depuis l'opération la malade souffre de névralgies intermittentes. Elle a éliminé à plusieurs reprises de petites esquilles passeuses.

Décembre 1928. — La malade n'est pas revue mais fait savoir qu'elle est en excellent état.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le Docteur Levesque
qui opéra la malade).

S... Jeanne, 63 ans (Nantes, fiche O.-R.-L. n° 41 603).

La malade vient consulter pour une volumineuse tuméfaction du maxillaire supérieur droit, apparue depuis quelques mois.

A l'examen, tout le maxillaire droit est tuméfié, sans lésions de la peau, avec maximum au-dessous du sac lacrymal. Le globe oculaire, exophtalmié, est refoulé en dehors et en haut.

La fosse canine est occupée par une masse dure, qui a envahi le rebord alvéolaire, très augmenté de volume, dur, et ne présentant ni ulcérations ni fistules, ni racines dentaires.

La fosse nasale est complètement obstruée par une masse saignante, dure, soulevant l'aile du nez. Trois petits ganglions mobiles dans la région sous-maxillaire droite.

L'examen de l'œil ne montre aucune lésion en dehors de l'exophtalmie avec déviation du globe oculaire en haut et en dehors.

Le diagnostic de tumeur maligne du maxillaire paraissant évident, un traitement par radiothérapie profonde est pratiqué : 8.000 R. en 4 heures, terminé le 21 avril 1928.

Le 23 avril 1928 : opération. Les tissus incisés, nous tombons sur un kyste paradentaire remplissant la cavité du sinus, de la grosseur d'une petite orange, à paroi très épaisse et rempli de caséum fétide. La poche est très adhérente et la paroi inférieure du sinus se confond avec une masse de bourgeons durs, peu saignants, dont l'aspect semble typique de dégénérescence maligne.

La paroi orbitaire est détruite. L'ethmoïde s'effondre très facilement et est bourré de polypes et de pus.

Examen histologique :

Stroma conjonctif un peu plus dense à la périphérie, muqueux partout ailleurs. Vaisseaux avec parois nettes. Dans le stroma, amas ou traînées végétantes de cellules épithéliales. Parfois les amas forment des lobules pleins (où il est possible de reconnaître des cellules épithéliales pavimenteuses au centre, et à la périphérie des éléments rappelant les cellules en palissade) ou des réseaux.

Dans les mailles et autour des lobules constituant tout le stroma existe une substance mucoïde (aspect cylindromateux).

Epithélioma adamantin et cylindromateux.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade examinée régulièrement ne présente aucune menace de récurrence (février 1929).

OBSERVATION IV

(Cas de Lukomsky, 1925).

La tumeur dont le début remontait à 18 ans, s'était accrue plus rapidement dans les 6 dernières années.

Au moment de l'examen elle déterminait une saillie très nette de la région du maxillaire supérieur gauche avec de l'exophtalmie.

Elle occupait la région des molaires et des prémolaires, faisant saillie dans la fosse canine, et soulevant la muqueuse de la voûte palatine jusqu'au niveau de la ligne médiane.

Elle présentait des limites nettes ; la muqueuse au niveau de la tuméfaction était lisse et cyanotique, comme distendue.

La palpation, indolore, révélait une consistance bosselée et dure, rappelant celle de l'os, sauf en avant et en haut, au niveau du rebord orbitaire où il existait de la fluctuation.

A l'exception des molaires, préalablement extraites, les dents apparaissaient intactes, fixées dans leurs alvéoles. La fosse nasale gauche était presque complètement obstruée.

A l'intervention, la tumeur, du volume d'une petite

orange, occupait tout le sinus et avait envahi l'orbite. En aucun point elle n'adhérait à l'os.

C'était une masse grisâtre, rosée par endroits, de consistance gélatineuse, présentant à la coupe des trabécules d'os spongieux. Elle n'avait pas de capsule propre.

On remarquait à sa surface, des kystes de grandeur variable, mais ne dépassant pas un centimètre de diamètre, contenant soit un liquide jaunâtre, soit une masse amorphe, caséuse.

Au point de vue microscopique :

Adamantinome typique, avec présence de kystes et de formations ressemblant à des globes cornés.

Dans le stroma : amas de cellules lymphoïdes et nombreux vaisseaux, surtout capillaires.

Sur plusieurs coupes le parenchyme adamantin apparaissait en continuité avec la muqueuse buccale.

OBSERVATION V

(Cas de Esch, 1924)

Un homme de 62 ans se plaint d'obstruction nasale du côté droit, évoluant depuis plusieurs années. Plusieurs polytomies ont été pratiquées qui n'ont amené qu'une amélioration passagère.

A l'examen : la fosse nasale droite contient des polypes et du pus.

Une radiographie montre que le sinus maxillaire droit est voilé. On pratique alors une ponction qui ne ramène pas de pus mais du sang.

Soupçonnant l'existence d'une tumeur, on fait une biopsie au niveau du méat moyen. Elle montre qu'il s'agit d'un adamantinome avec les particularités suivantes :

L'intérieur des boyaux épithéliaux est formé d'un amas de cellules d'aspect réticulé rappelant celles de l'organe adamantin, mais au lieu d'une bordure d'adamantoblastes il existe un épithélium pavimenteux stratifié avec de grandes cellules claires. Ces cellules sont considérées par l'auteur comme des cellules pseudo xanthomateuses bien qu'elles ne contiennent pas de graisses.

Malade perdu de vue.

OBSERVATION VI

(Cas de Ipsen, 1914, cité in Porzelt).

Il s'agissait d'un enfant de 4 mois qui fut opéré et présenta une récurrence locale, 15 jours après l'intervention.

OBSERVATION VII

(Cas de Shtämpf, 1910.)

Une femme de 46 ans, atteinte d'obstruction nasale du côté droit, présentait à l'examen, dans le méat moyen des polypes d'aspect spécial : c'étaient de petits bourgeons fermes du volume de noyaux de cerise environ, blanchâtres à la coupe.

L'examen clinique montrait en outre que le sinus maxillaire était occupé par des masses solides.

Intervention. — Ouverture du sinus maxillaire par la bouche.

Ablation par petits morceaux d'une tumeur du volume d'un œuf qui occupait tout le sinus sans adhérer à ses parois. La tumeur avait envahi le méat moyen et l'ethmoïde.

Elle se présentait comme une masse blanchâtre, assez molle, sans kystes macroscopiquement visibles.

Au microscope, les fragments sont tapissés d'un épithélium analogue à celui de la muqueuse sinusienne, avec cils vibratiles.

Le parenchyme tumoral proprement dit est celui d'un épithélioma adamantin typique.

Dans certaines portions de la coupe, on voit naître à partir des bourgeons néoplasiques différenciés, de nouveaux bourgeons formés d'une assise de cellules cubiques ou cylindriques dans laquelle s'insinuent les cellules étoilées qui occupent le centre des travées épithéliales.

La séparation entre l'épithélium de revêtement et l'épithélium néoplasique est partout très nette.

Guérison sans incident.

OBSERVATION VIII

(Cas de Blümm, 1901.)

Homme de 61 ans, présentant depuis sa jeunesse des dents en mauvais état.

Il y a 16 ans, ablation d'un chicot suivie d'une fistule. Peu à peu le rebord alvéolaire augmente de volume mais cet accroissement se fait très lentement, restant de longues années stationnaire.

A l'examen, il existe une tuméfaction du maxillaire supérieur droit. La tumeur qui soulève la joue proémine également dans la cavité buccale au niveau de la fosse canine et jusqu'à la ligne médiane.

La peau et la muqueuse sont également intactes.

L'os est tuméfié de façon uniforme, sa surface est lisse.

Le rebord alvéolaire ne contient plus qu'une racine.

L'exploration de la fistule au stylet ne rencontre pas d'os.

Réséction du maxillaire supérieur qui contient une racine dentaire extrêmement adhérente à l'os.

Histologiquement : épithélioma adamantin typique.

Séparation nette entre la tumeur et l'épithélium de la muqueuse.

Mort de méningite 3 jours après l'opération.

OBSERVATION IX

(Cas de Frech, 1899.)

Homme de 36 ans, présentant une tumeur du maxillaire supérieur gauche, dont le début remonte à 2 ans. (Le malade aurait fait 6 ans auparavant au même endroit un petit abcès.)

La tumeur siégeait derrière la 1^{re} molaire, à la place de la 2^e qui faisait défaut. Elle occupait toute l'épaisseur du processus alvéolaire, faisant saillie à la fois en dehors, en dedans et dans le sinus.

Opération. — La pièce a la forme d'un champignon, recouvert d'une mince coque osseuse.

Elle est uniformément solide.

Histologiquement : épithélioma adamantin.

Par places : évolution pavimenteuse stratifiée avec formation de corps bulbiformes.

OBSERVATION X

(Cas de Hammer, 1895.)

Il s'agit d'une tumeur qui évoluait depuis 6 ans.

L'opération a consisté dans une résection large du maxillaire supérieur.

Examen de la pièce : surface lisse, consistance solide dans la partie antérieure, kystique à la partie postérieure.

A la coupe : travées osseuses contenant des masses molles.

Histologiquement : épithélioma adamantin typique séparé de la muqueuse buccale par une couche glandulaire.

Pas de récurrence, 10 ans après la résection.

OBSERVATION XI

(Cas de Albarran, 1887.)

« Il s'agit d'un malade âgé de 63 ans qui, vers l'âge de vingt-cinq ans, eut un petit kyste dentaire au niveau de la deuxième petite molaire gauche. Pendant 15 ans le malade subit 3 incisions de sa tumeur, qui à chaque récurrence revenait plus grosse. Quelques années plus tard, on extirpa par la joue, la tumeur qui fut reconnue kystique, contenant un liquide clair. Tout alla bien pendant 18 ans, mais depuis 8 ans la tumeur s'est de nouveau développée à ce point qu'elle a acquis le volume d'une grosse mandarine. Elle

s'est développée aux dépens du maxillaire supérieur et a pénétré dans le sinus ; elle fait une forte saillie au niveau du sillon gingivo-labial et a envahi la voûte palatine. M. Trélat pratique la résection du maxillaire supérieur.

A la coupe, la tumeur apparaît solide dans presque toute son étendue, mais au niveau de sa partie supérieure, on voit un kyste gros comme une noisette, et un autre kyste plus petit, présentant une végétation papillaire, existe dans sa partie antérieure.

Au microscope, on voit dans un stroma fibreux presque partout, embryonnaire ou myxomateux en certains endroits, présentant par places des travées osseuses de nouvelle formation, de nombreuses productions épithéliales.

Dans certaines parties, la tumeur est presque exclusivement constituée par des masses cornées en forme de globes ou de cordons ramifiés.

Par places on voit des cordons formés par des cellules pavimenteuses, en général fort petites, et sur les coupes transversales on voit que ces cordons sont formés par une rangée externe de cellules cylindriques entourant des cellules pavimenteuses et dans certains d'entre eux des cellules nettement adamantines. Le même arrangement cellulaire existe dans certaines masses épithéliales, plus volumineuses et alors on voit bien que toute la portion centrale est formée de cellules adamantines. Les gros kystes mentionnés présentent la même structure que d'autres kystes microscopiques de volume fort variable disséminés dans l'épaisseur de la tumeur. Leur épithélium est tantôt formé par des cellules aplaties, tantôt par des cellules étoilées qui, du côté de la cavité kystique, s'aplatissent et qui sont en

rapport vers la surface externe, avec des éléments épithéliaux se rapprochant de la forme cylindrique.

Toutes ces parties épithéliales, cordons, kystes, globes épidermiques répondent aux transformations connues des débris épithéliaux paradentaires. On peut suivre dans cette pièce, en partant du simple débris paradentaire la double évolution, branches communes d'un même tronc qui conduit à la formation de kystes et à la production des masses épithéliales pleines.

L'origine paradentaire est évidente et l'évolution clinique nous montre que la première production en date fut la formation d'un kyste ».

OBSERVATION XII

(Cas de Jacques, d'après Sordoillet).

La tumeur était du volume d'une noix environ, et présentait la structure histologique suivante :

« Au sein d'un stroma conjonctif tantôt amorphe et sans caractères précis, tantôt fibreux et nettement organisé, on voit dans certaines parties de la préparation des amas de cellules épithéliales assez grandes qui revêtent par endroits la forme nettement cylindrique, tandis qu'à d'autres elles sont simplement un peu plus allongées suivant un de leurs axes. Les amas ont eux-mêmes des formes diverses et leur disposition au milieu d'alvéoles conjonctives fait immédiatement penser à un cancer.

Mais dans la plus grande partie de la coupe, la tumeur est formée de trois ou quatre larges alvéoles limitées par du

tissu fibreux en couche mince, et dans lesquelles sont bourrées des cellules étoilées à prolongements fins et ramifiés, avec des vacuoles ici très petites, là plus grandes et à contours dentelés ; quelques axes conjonctifs parcourent ces amas cellulaires qui sont à n'en pas douter formés de cellules adamantines.

En outre en plusieurs points de ces amas on aperçoit des espaces clairs à bords déchiquetés semblant vraisemblablement résulter de la fusion de nombreux espaces intercellulaires ; ces espaces sont assez vastes et paraissent marquer une tendance de la tumeur à se creuser des cavités dont l'extension se serait peut-être progressivement accrue. Cependant ces cavités ne sont revêtues d'aucune membrane d'enveloppe.

Ce qui nous a semblé assez particulier dans cette préparation c'est la disposition des cellules adamantines très nombreuses en amas diffus entourés de trousseaux conjonctifs, ordinairement en effet ces amas spécifiques ne se trouvent guère qu'en petit nombre et exclusivement au sein d'amas épithéliaux pavimenteux ou cylindriques. »

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma adamantin est très rare au maxillaire supérieur ;

2° Il s'y présente avec les caractères habituels des adamantinomes ; tumeur à évolution très lente et indolore, qui envahit localement les plans voisins mais respecte les ganglions et l'état général, ne donnant jamais de métastases ;

3° Cliniquement il se traduit le plus souvent par une tuméfaction du rebord alvéolaire qui laisse intacte la muqueuse gingivale, envahit constamment le sinus maxillaire et parfois l'ethmoïde.

Dans certains cas, il se présente comme une tumeur des fosses nasales.

4° Son diagnostic est pratiquement impossible avant les résultats fournis par la biopsie ;

5° Au point de vue thérapeutique, il semble radio-résistant.

En raison de sa tendance aux récives locales, il

nécessite une exérèse chirurgicale complète, une réaction atypique partielle, passant en tissu sain, conduite « à la demande des lésions ».

Vu : Le Président de la thèse,
SÉBILEAU.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran (J.)*. — Note sur l'épithélioma adamantin du sinus maxillaire (Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie, 1887, p. 618 et 687).
- Kystes des mâchoires (Revue de Chirurgie, 1888, t. 8, p. 429 et 716).
- Angerer (H.)*. — Adamantinoma Case Deutsche Ztschr. f. Chir., 205-310-347).
- Becker (Ernst)*. — Zur Lehre von den gutartigen, zentralen epithelgeschwulsten der kieferknochen (Arch. f. Klin. Chirurg. Bd. 47. S. 52. 1894).
- Bennecke (Erich)*. — Beitrag zur kenntnis der zentralen epithelialen kiefergeschwülste (Dtschr. Zeitchr. f. Chir., 42).
- Bercher et Vilenski*. — Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire : état actuel de nos connaissances (Rev. de Stomatol., Par. 1926, n° 9, 505-526).
- Blümm*. — Über ein Adamantinom des Oberkiefers (Inaug. Dissert. Wurzburg, 1901).
- Borst*. — Geschwülstlehre, S. 605.
- Bump (W.-S.)*. — Surg. Gynecol. obst., 44, 173-180. Feb. 27.
- Chibret*. — Etude anatomo-pathologique d'un cas d'épithélioma adamantin (Arch. de méd. expér. et d'anat.-pathol., série I, t. VI, 1894).
- Constantini (H.)*. — Tumeur du maxillaire supérieur (Bull. et mém. Soc. anat. de Paris, 1913, 88, 442-444).

Gornet (P.). — La chirurgie « à la demande » dans le traitement des tumeurs malignes du massif facial supérieur. Thèse de Paris, 1924).

Coryllos (P.). — Les adamantinomes (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc. Paris, 1912, 38, p. 246-334 et 500-540).

Delater et Bercher. — A propos d'un épithélioma adamantin et d'une tumeur à dents multiples, deux dysembryoplasties de la lignée odontoplastique, l'une à prédominance épithéliale, l'autre à prédominance mésodermique (adamantinomes solides de Coryllos) (Rev. de Stomatologie. Par., 1923, XXV, 129-143).

- Recherches sur l'unité des différentes formes de kystes paradentaires (Arch. de méd. et pharm. mil. Par., 1923), Comment les tumeurs des mâchoires se développent aux dépens d'une dysembryoplasie épithéliale (Contribution à l'étude de l'histogénèse du cancer, Par., 1923, XII, 252-282). Documents anatomo-pathologiques à propos de deux cas de kystes dentifères (Rev. de stomatol., Par., 1922). Le granulome paradentaire. Dysembryoplasie épithéliale, étape première des tumeurs péri-radiculaires des mâchoires (Rev. de stomatol, Par., 1923, XXV, 257-284).
- Origine, évolution, terminaison des tumeurs paradentaires (Bull. et mémoires. Soc. anat. de Paris, 1924, XCIV, 191-207).

Esch (A.). — Ueber ein zweites adamantinom des oberkiefers mit seltenen histologischen Besonderheiten (Ztschr. f. Hals. Nasen. u. ohrenh. Munchen u. Berl., 1923-1924, 7, 404-408).

Frech. — Uber einen Fall von Zentraler, solider oberkiefergeschwulst (Dtschr. Zeitschr. f. Chir., 52, 1899).

Gallipe. — Les débris épithéliaux paradentaires, d'après les travaux de Malassez. Masson, 1911.

Got. — Trois cas de tumeurs bénignes solides du massif maxillaire supérieur (Rev. de Laryngologie. Paris, 1916, XXXVII, 545-550).

Hammer. — Tumoren des oberkiefers und angrenzender gegen den (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., 142, 1895).

Jacques (P.). — Sur le diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur (Presse médicale. Paris, 1919, 696).

Jonhston (H.M) et Hutson (W.). — Non malignant tumors of the jaw, diagnosis and treatment (Brit. dent. J. Lond., 1924).

Kinoshita (S.). — Uber adamantinome, insbesondere ihre operative Behandlung (Dtschr. Zeitschr. f. Chir., 102, 293, 1909).

Krompecher (C.). — Zur histogenese und Morphologie der Adamantinome und soustiger kiefergeschwulste (Beitrage z. pathol. Anat. u. allg. Pathol., 64, 1918).

Kruse. — Uber die Entwicklung cystischer Geschwulste in Unterkiefer (Virchows Archiv., 124, 137).

Kuru (A.). — Uber das Adamantinom (Zentralbl. f. allg. Pathol., 22, 291).

Lalung, Bonnaire, Bablet et Pham Van Lu. — Paradental Tumors in Cochinchina (Bull. de l'assoc. française pour l'étude du cancer, 15, 438, 450).

Léard. — Contribution à l'étude de l'épithélioma adamantin. Thèse de Lyon, 1900.

Le Dantec (A.). — Tumeur mixte du maxillaire supérieur d'origine dentaire (Bull. Soc. path. exot. Paris, 1922).

Lenormant. — Précis de Pathologie chirurgicale, t. II, p. 399.

Lukomsky (S.). — Das Adamantinom im Zusammenhang mit

- den Odontogenen kiefergeschwulsten (Arch. f. Klin. Chir. Berl., 1925, 135, 283, 247).
- Malassez*. — Sur l'existence d'amas épithéliaux autour de la racine des dents chez l'homme adulte et à l'état normal. (Débris épithéliaux paradentaires) (Arch. de physiol. normale et pathologique, 1885, S. 129.)
- Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires id., 1885, S. 391.
- Masson* (P.). — Diagnostics de Laboratoire. (Traité de thérapeutique médicale, Sergent.)
- Mayet* (H.). — Kyste adamantin du maxillaire supérieur. (Paris chir., 1918, X, 229.)
- Merelli* (G.). — Paradental cysts of upper jaw 3 cases. (Ann. di laring. otol., 28, 29-45, jan. 27.)
- Pichler* (H.). — Die Konservative Behandlung der Adamantinome. (Arch. f. Klin. chir. Berl., 1926, 140, 101-120.)
- Porzelt* (W.). — Spatzrezidir. lines Adamantinoms nach 45 Jahren. (Arch. f. Klin. chir. Berl., 1924, 130-142-150.)
- Putzen* (F.). — Contributo allo studio degli adamantinomi del maxillare inferiore. (Clin. chir. Milano, 1909, XVII, 566-601.)
- Réclar* (J.). — Contribution à l'étude des tumeurs du maxillaire inférieur. Adamantomes, Odontomes, kystes et sarcomes. Thèse de Montpellier, 1910.
- Sauty*. — Epithelioma adamantin du maxillaire inférieur. (Lyon chirurgical, 1925.)
- Schlosser* (A.). — Ueber einen Fall von adamantinom (Arch. f. Kling. chir. Berl., 1923, 124, 679-699.)
- Schreiner* (B. F.). — Adamantine tumors of the jaw with report of eight cases. (Radiology Saint-Paul, 1925, IV, 421-426.)
- Sordoillet*. — De quelques tumeurs épithéliales du maxillaire supérieur d'origine alvéolo-dentaire. (Kystes paraden-

taires, kystes dentifères, épithélioma adamantin. Thèse de Nancy, 1907.)

Sourdille (M.). — Contribution au traitement chirurgical des kystes paradentaires de la mâchoire supérieure. (Revue de laryngol. Par., 1920, 176-183.)

Stümpf (R.). — Zur kenntnissnahme der Adamantinome. (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat., 21, 393, 1910.)

Vinon et Milhaud. — Tumeur des mâchoires à évolution lente (Bull. Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier, 1921-1922).

Winter (H.). — Ein fall von Adamantinom. (Arch. f. Klin. chir. Berl., 1923, 124, 679-699.)

Verjer (G.). — Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'Association chirurgie-curiethérapie. Thèse de Paris, 1928.



ABESSIN

PLANCHE I

Thèse Lecourt

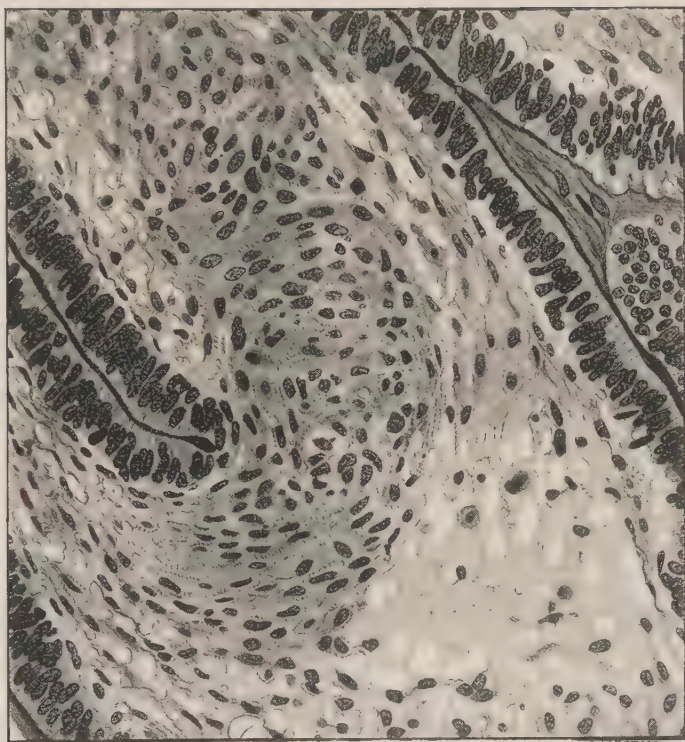


PLANCHE II



PLANCHE III

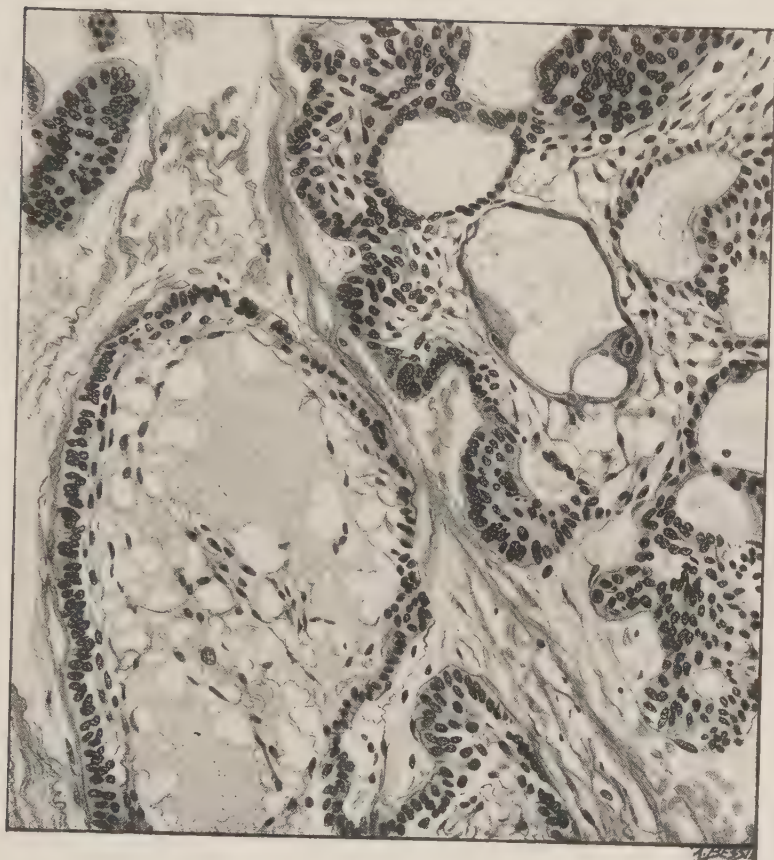


PLANCHE IV



PLANCHE V

